Aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Breslau.
Direktor: Prof. Dr. Becker.

Tumoren der Kiefer im Röntgenbild.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Albrecht Weiß,
approb. Zahnarzt,
Assistent am zahnärztlichen Institut der Universität.

Breslau 1923.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Partsch.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Das Zusammentreffen verschiedenartigster Gewebe in den Kiefern bewirkt ein Auftreten von Geschwülsten mancherlei Art. Wir treffen Geschwülste an, die auf der Grundlage der ersten Entwicklung des Zahnkeims entstanden sind wie die Zysten, die Adamantinome, solche die aus einer späteren Entwicklungsperiode stammen, wie die Odontome, ferner Bindegewebsgeschwülste, Fibrome, Osteome, Karzinome und Sarkome.

Die Betrachtung der charakteristischen Erscheinungen dieser Geschwülste im Röntgenbild führt zu folgenden Ergebnissen.

Zysten zeigen, sofern ihre Lage im Knochen die Verhältnisse nicht verwickelt machen, deutliche Aufhellung, die sich scharf abgrenzt, Verdrängung der benachbarten Zähne, keine Verdrängung des Zahns, von dem sie ihren Ursprung haben. Vorwölbung von äußeren Knochenwänden oder solchen, die einer Höhle anliegen. Bei größeren Zysten findet man im Bild eine Kammerung, die auf das nischenartige Wachstum der Zysten zurückzuführen ist. Einen Unterschied zwischen Wurzelzyste und follikulären Zysten kann man bezüglich ihres Wachstums nicht feststellen.

Adamantinome scheidet man in zystisch umgewandelte und solide Adamantinome. Cystische Adamantinome rufen ähnliche Erscheinungen wie die Zysten hervor. Sie unterscheiden sich durch ihre Ausdehnung und durch die erheblich deutlicher zum Ausdruck gebrachte Kammerung. Die soliden Adamantinome zeigen einen deutlich wabenartigen Aufbau, der für diese Geschwüste so charakteristisch ist, das kein Raum für die Diagnose einer anderen Geschwulstart übrig bleibt.

In einer späteren Entwicklungszeit des Zahnes entstehen die Odontome. Ist die Entwicklung erst soweit vorgeschritten, daß die Gewebe noch weich sind, hat man weiche Odontome zu erwarten. Ist die Zahnbildung schon weiter vorgeschritten, sodaß bereits feste Substanzen gebildet sind, trifft man harte Odontome an. Wie alle gutartigen Geschwülste grenzen sich die Odontome scharf gegen den Knochen ab. Die weichen zeigen einen scharf umrissenen Defekt im Knochen, der von einer gleichmäßigen Masse ausgefüllt ist. Feste Substanzen können in die Geschwulstmasse eingestreut sein. Die harten Odontome zeigen neben scharfer Abgrenzung gegen den Knochen eine Neubildung, die die Röntgenstrahlen noch weniger durchdringen läßt als der Knochen. Die Bilder sind ebenso dunkel im Positiv wie normale Zähne.

Auf knöcherner Grundlage entstanden, finden sich Exostosen, die in ihrem Aufbau den Knochen ganz ähnliche Strukturen zeigen, nur die Regelmäßigkeit des normalen Knochenaufbaus vermissen lassen und dichter sind, und Enostosen, die von Innen heraus den Knochen umwandeln. Die so geschaffene Dichte des Knochengewebes läßt die Röntgenstrahlen nur wenig durchdringen und schafft so fast ganz eindeutige Röntgenbilder.

Den oberflächlichen Fibromen, die kaum Veranlassung zu einer Röntgenaufnahme geben werden, stehen die zentralen gegenüber. Sie erscheinen im Röntgenbild als einheitliche Geschwülste, die scharf gegen den Knochen abgegrenzt sind. Knochenwände sind vorgewölbt, vorhandene Zähne aus ihrer Lage gedrängt. Sie kommen fast nur im Oberkiefer vor. Damit häufen sich auch die Schwierigkeiten für ihre Diagnose, denn die bei einer Schädelaufnahme auf eine Platte gezeichneten verschiedenen Knochen machen ein genaues Lesen an sich schon schwer, Veränderungen sind daher mit Sicherheit nur aus dem Vergleich zwischen gesunder und kranker Schädelhälfte zu studieren. Hier wie auch bei den folgenden bösartigen Geschwülsten muß man sich daher beschränken auf die Diagnose „Geschwulst“ ohne Anhaltspunkte für ihre besondere Art.

Von den bösartigen Geschwülsten ist das Karzinom häufiger als das Sarkom. Ihre Diagnose im Unterkiefer ist oft mit einiger Sicherheit schon durch das Röntgenbild festzustellen. Die infiltrierend

wachsenden Geschwülste lassen im Röntgenbild sehr oft näheres über ihren Aufbau erkennen. Ferner sind die Knochengrenzen niemals so scharf ausgeprägt wie bei den gutartig expansiv wachsenden Neubildungen. Ausgenagte Knochenränder zum Teil noch Knochenteile in der Geschwulst sind in der Regel anzutreffen. Eine Ausnahme macht zuweilen hiervon das Riesenzellensarkom, bei dem man auch glatte Ränder findet. Das zeigt auch die Aufnahme einer Epulis sarkomatosa, die einen großen Knochendefekt geschaffen hat, aber glatte Knochenwände aufweist.

Die Betrachtung der Bilder läßt zu dem Ergebnis kommen, daß es oft möglich ist die Diagnose auf eine Geschwulst zu stellen, selten aber die Diagnose auf eine bestimmte Neubildung beschränkt werden kann. Auch entzündliche Erkrankungen können oft ähnliche Erscheinungen hervorrufen. Daher ist es falsch, unter Nichtachtung der klinischen Symptome auf Grund des Röntgenbildes allein zu diagnostizieren.